

بررسی عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان با تأکید بر محرومیت اجتماعی* (نمونه تجربی: شهرستان ایلام)

اسحاق قیصریان^۱

چکیده

موضوع اصلی این مقاله بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان در شهرستان ایلام با تأکید بر محرومیت اجتماعی می‌باشد. بر این اساس مهمترین سؤال پژوهشی مورد نظر عبارت است از اینکه محرومیت اجتماعی و شاخص‌های جمعیتی چه رابطه‌ای با مرگ‌ومیر کودکان دارند. روش تحقیق مورد استفاده برای بررسی موضوع و سؤالات تحقیق، روش پیمایشی بوده و جامعه آماری مورد نظر عبارت است از کلیه زنان ازدواج کرده ۴۹-۱۵ ساله شهرستان ایلام که حداقل یک بچه زنده بدنیا آورده‌اند. حجم نمونه بدست آمده از جامعه آماری ۵۰۰ نفر بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع و جمع‌آوری گردیده است. مبانی نظری برای تحلیل و تبیین موضوع این مقاله، مشتمل بر نظریه‌های محرومیت اجتماعی و نظریه‌های مربوط به مرگ‌ومیر کودکان می‌باشد. توصیف اطلاعات بدست آمده از پاسخگویان بوسیله فراوانی مطلق و نسبی انجام گرفته است. متوسط بعد خانوار در نمونه تحت بررسی ۵/۹ نفر، میانگین فاصله بین موالید ۳۶ ماه، میانگین تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده ۲/۸۹ و میانگین تعداد فرزندان زنده مانده ۳/۴ بوده است. بر اساس مدل نظری طراحی شده و دو مقوله‌ای بودن متغیر وابسته، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از رگرسیون لجستیک استفاده شده است. برای این منظور مفاهیم محرومیت اجتماعی، شاخص‌های جمعیتی و بهداشت و تغذیه وارد مدل رگرسیونی شده‌اند و در نهایت این سه مفهوم هر کدام به نوعی در تغییرات متغیر وابسته سهمیم بوده‌اند.

واژگان کلیدی

مرگ‌ومیر کودکان، محرومیت اجتماعی، بهداشت و تغذیه، شاخص‌های جمعیتی

* - این مقاله برگرفته از طرح تحقیقی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان در شهرستان ایلام است.

مقدمه

با توجه به مهم بودن وقایع جمعیتی در مطالعات و تحقیقات اجتماعی، از گذشته دور به عوامل جمعیتی توجه خاصی شده، اما این توجهات در زمان‌های مختلف، متفاوت بوده است. مرگومیر نیز به عنوان یکی از مهمترین عوامل جمعیتی از این قاعده مستثنی نبوده و انسانها به صورت‌های گوناگونی با این مسئله برخورد کرده‌اند.

در گذشته به موضوع مرگومیر صرفاً از دیدگاه طبیعی و بیولوژیک می‌نگریستند ولی بعدها بشر به این نکته پی برد که عوامل اقتصادی، اجتماعی و صنعتی سبب تغییرات چشم‌گیری در آن شده است. در سیصد سال پیش در شرایط عرضه کافی مواد غذایی در بخش‌های کشاورزی، حداقل حدود نیم تا یک درصد افزایش جمعیت به ثبت رسیده است (شیخی، ۱۳۷۵: ۶۸) در گذشته نه تنها کمبود مواد غذایی بلکه سوءتغذیه و بیماری‌های مسری نیز در افزایش مرگومیرها سهم عمده‌ای داشته‌اند. بطوری‌که کشت و کشتار معروف به مرگ سیاه^۱ در اواسط قرن چهاردهم که بر اثر اشاعه نوعی از طاعون بوده تنها محدود به اروپا و شمال آفریقا و آسیای جنوب غربی نبوده است.

تردیدی نیست که سطح مرگومیر در زمان‌های گذشته نسبت به حال حاضر خیلی بالا بوده است بطوری‌که میزان عمومی مرگومیر تا قبل از انقلاب صنعتی در همه کشورهای جهان از ۳۰ در هزار پایین‌تر نبوده و حتی در برخی شرایط نامساعد به ۵۰ در هزار نیز می‌رسید. ولی امروزه سطح مرگومیر در کل جهان پایین آمده و در واقع اکثر کشورهای جهان وارد مرحله انتقالی شده‌اند. اختلاف در زمان ورود به مرحله انتقالی باعث شده که در برخی از

مناطق جهان تحقیقات و مطالعات مرتبط با مرگ‌ومیر نسبت به جاهای دیگر از قدمت و رشد بیشتری برخوردار باشد. شاید بتوان گفت مطالعه تجربی جمعیت‌شناسی با مطالعه مرگ‌ومیر آغاز شده است. مطالعه کلاسیک جان گرانث^۱ در نیمه دوم قرن هفدهم تحت عنوان مشاهدات طبیعی و سیاسی ارائه شده در یک شاخص براساس فهرست مرگ‌ومیر معمولاً به عنوان نقطه شروع مطالعه آماری مرگ‌ها و اولین مطالعه تجربی جمعیت‌شناسی تلقی می‌شود. (لوکاس، ۱۳۸۰: ۵۹).

در کشور ما، کاهش قابل ملاحظه مرگ‌ومیر به سال‌های پس از جنگ دوم جهانی بر می‌گردد. برآوردها نشان می‌دهد که میزان مرگ‌ومیر عمومی از ۳۶/۱ در هزار در طی سال‌های ۶۰-۱۲۵۵ به رقم ۲۲/۹ در هزار در دوره ۳۰۰-۱۲۹۵ تقلیل یافت. ده سال پس از آن در سال ۱۳۱۰ این رقم به کمتر از ۳۰ در هزار رسید و همین روند ادامه داشت و تا سرشماری اول در سال ۱۳۳۵ به رقم ۲۳/۷ در هزار و در سال ۱۳۴۵ به ۱۶/۲ در هزار، در سال ۱۳۵۵ به ۱۴ در هزار و در سرشماری چهارم در سال ۱۳۶۵ به ۱۱ در هزار رسیده و بالاخره در سال ۱۳۷۵ میزان مرگ‌ومیر عمومی ۷ در هزار گزارش شده است (همتی، ۱۳۷۵: ۱۲).

براساس آمارهای منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۷۵ استان ایلام بعد از استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد دارای بیشترین میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال بوده است بر همین اساس این مقاله در پی آن است که عوامل مؤثر بر این مسئله را در شهرستان ایلام به عنوان مرکز استان ایلام، مورد بررسی قرار دهد.

در ایران مسئله مرگومیر مورد توجه محققین این رشته بوده و به تدریج بر کیفیت و تعداد تحقیقات مرتبط با مرگومیر افزوده می‌شود. شاید بتوان گفت اولین اطلاعاتی که در زمینه سطح مرگومیر و بهداشت در ایران بدست آمده مربوط به کارهای یعقوب ادوارد پولاک^۱ در میانه قرن نوزدهم است. طبق این مطالعه، بیشتر کودکان به علت مصرف شیر مادر تا دو سالگی زنده مانده و پس از این سن میزان مرگومیر کودکان افزایش یافته است. به عقیده پولاک فقدان فاصله‌گذاری مناسب بین حاملگی‌ها، آبله و مالاریا عمده‌ترین عوامل مرگومیر کودکان در ایران بوده است (Mehryar, 1994:19). در این مطالعه به نظر می‌رسد که جنبه‌های پزشکی و بهداشتی مرگومیر کودکان در فاصله‌گذاری مناسب بین حاملگی‌ها خلاصه شده است این در حالی است که علیرغم مهم بودن این عامل، عوامل تأثیرگذار دیگری هستند که در این بررسی نامی از آنها برده نشده است. اما باید گفت بررسی ذکر شده مدخلی برای مطالعات جمعیتی در زمینه مرگومیر بوده است.

مطالعه مرگومیر در ایران همانند سایر مؤلفه‌های جمعیتی از نیم قرن گذشته مورد توجه بوده و به تدریج بر کمیت و کیفیت این مطالعات افزوده می‌شود با این حال می‌توان اذعان کرد که مطالعات مربوط به مرگومیر از دهه ۶۰ به بعد از رشد قابل توجهی برخوردار بوده و این رشد هر دو جنبه کمی و کیفی را در بر می‌گیرد. مانع عمده‌ای که باعث عدم گسترش بیشتر این مطالعات شده است ثبت ناقص مرگومیر و عدم دسترسی به داده‌های دقیق می‌باشد. از نکات قابل توجه دیگر در این مطالعات، توجه کمتر به جنبه‌های کیفی است. به طوری که در برخی از این مطالعات اصلاً توجهی به جنبه‌های کیفی مسئله نشده در حالی که صرف

توجه به جنبه‌های کمی نمی‌تواند تبیین شایسته‌ای از مسئله باشد. البته در مطالعات انجام گرفته در سال‌های اخیر، برخی از عوامل کیفی تأثیرگذار بر مرگ‌ومیر کودکان مورد توجه قرار گرفته و در کنار عوامل کمی به این عوامل نیز توجه شده است که این توجه در جهت کاهش فراتر مرگ‌ومیر کودکان بوده است. جهت غنا بخشیدن به مطالعات مرتبط با مرگ‌ومیر کودکان می‌توان از عوامل کیفی دیگری نیز استفاده کرد که یکی از این عوامل کیفی، محرومیت اجتماعی می‌باشد. در مطالعات قبلی نیز برخی از شاخص‌های این مفهوم مورد توجه بوده ولی در این بررسی سعی شده که ارتباط این مفهوم در ساختاری کلی‌تر با مرگ‌ومیر کودکان مورد مطالعه قرار گیرد.

در مجموع می‌توان گفت که مطالعات و پژوهش‌های مربوط به مرگ‌ومیر بالاخص مرگ‌ومیر کودکان از نیم قرن گذشته آغاز شده و تاکنون هم ادامه داشته است اما به دلیل اینکه کشورهای توسعه‌یافته زودتر از بقیه کشورها به فن‌آوری‌های بهداشتی و عوامل کاهش‌دهنده مرگ‌ومیر دسترسی پیدا کرده‌اند بالطبع تحقیقات در آن کشورها زودتر شروع شده و تاحدودی از غنای بیشتری نسبت به بقیه کشورها برخوردار هستند. البته لازم به ذکر است که در گذشته پژوهش‌های انجام گرفته در خارج یا داخل کشور جنبه‌های کیفی را کمتر در نظر گرفته‌اند و با گذشت زمان و تنوع مطالعات مربوط به مرگ‌ومیر، حساسیت بیشتری نسبت به نقش تعیین‌کننده عوامل کیفی بوسیله پژوهشگران ایجاد شده است. همچنین ثبت دقیق اطلاعات مربوط به مرگ‌ومیر نسبت به دیگر کشورها در بهبود تحقیقات و پژوهش‌های مربوط به مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه یافته تأثیر زیادی داشته است. در کشور ما کمبود آمار و اطلاعات دقیق عامل مؤثری در دشواری مطالعات مرگ‌ومیر بوده است.

رابطه بین فقر، محرومیت اجتماعی و مرگومیر کودکان و ارائه مدل تحلیلی

محرومیت اجتماعی یک اصطلاح رایج در بحث‌های بررسی نابرابری اجتماعی است. محرومیت اجتماعی به فقدان نسبی پاداش‌های جامعه‌ای نظیر حیثیت، قدرت، منزلت اجتماعی و فرصت‌های مشارکت در فعالیت‌ها و سازمان‌های مختلف اشاره دارد (Jhonson, 1992:90).

البته لازم به ذکر است این نوع محرومیت معمولاً با محرومیت مادی همراه است به این معنی که منزلت اقتصادی پایین احتمالاً به معنای حیثیت، احترام پایین، نفوذ یا قدرت پایین بر دیگران و محرومیت از اکثر فعالیت‌های سازمانی و اجتماعی جامعه است. اما باید گفت که محرومیت اجتماعی ضرورتاً با محرومیت اقتصادی و آن هم بطور کامل همبسته نیست. محرومیت اجتماعی را به عنوان مفهومی چند بعدی، پویا (دینامیک)، چندسطحی و رابطه‌ای می‌دانند. پویا است زیرا فرایندی است که بطور شدیدی مشروط به زمان، مکان و شرایط است. محرومیت اجتماعی همچنین چند سطحی است چون که ممکن است از دیدگاه یک گروه کوچک، محرومیت وجود نداشته باشد در حالیکه از دید گروهی دیگر محرومیت وجود داشته باشد. مهمتر اینکه محرومیت را معمولاً بصورت رابطه‌ای در نظر می‌گیرند. محرومیت صرفاً موقعیتی فردی نیست بلکه بخشی از روابطی است که افراد در آن شکل گرفته‌اند.

محرومیت اجتماعی توزیع منابع و جنبه‌های مرتبط با آن را در بر می‌گیرد. بدین معنی که برخی مردم یا گروه‌ها ممکن است از دسترسی به منابع یا خدمات که در دسترس دیگران است محروم باشند. از این نقطه نظر تحلیل محرومیت تمایل به تأکید و تمرکز به فقر و دسترسی به خدمات دارد. از طرف دیگر محرومیت بیان می‌کند که برخی مردم یا گروه‌ها با

شبکه‌های اجتماعی یا سازمان‌های اجتماعی در دسترس دیگران، آمیخته نشده‌اند. از این دیدگاه، تحلیل محرومیت بر روابط اجتماعی، ورود یا خروج از فقر و مشارکت در انواع مختلف سازمان‌های اجتماعی تمرکز و تأکید دارد (Reimer, 2002:2).

محرومیت اجتماعی به عنوان یکی از اصطلاحات رایج در بحث‌های نابرابری‌های اجتماعی، تأکیدش بر توجه به ضعیف شدن احتمال و امکانات مشارکت در زندگی اجتماعی به صورت چند بعدی و دینامیکی است. یک سری از فرضیات مربوط به محرومیت اجتماعی بیان می‌کنند که محروم بودن یک شخص، بیشتر مربوط به اصطلاحات مرتبط به توزیع، همانند درآمد پایین، پایین بودن استاندارد زندگی، موقعیت نامناسب استاندارد زندگی، موقعیت نامناسب مسکن، روابط اجتماعی ضعیف و ضعف در مشارکت اجتماعی است. ترکیب جنبه‌های ضعف در توزیع و مشارکت افراد کلید اصلی محرومیت اجتماعی می‌باشد (Room, 1995:1-9).

رابطه بین فقر و محرومیت اجتماعی بطور واضح مشخص نیست. هر دوی این مفهوم با همدیگر آمیخته شده‌اند. فقر (در اصطلاح درآمد یا استاندارد زندگی) یک مقوله کوچک از مفهوم گسترده محرومیت است. در واقع فقر شرط لازم برای محرومیت از نظر اجتماعی است. فقر به منابع مالی محدود شده در حالیکه مفهوم محرومیت اجتماعی فراتر از بعد مادی یک تأکید گسترده‌تری بر فرآیند ضعف‌ها و نواقص اجتماعی دارد. در واقع محرومیت اجتماعی صرفاً به توزیع منابع محدود نمی‌شود بلکه تأمین یگانگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. در چنین دیدگاهی فقر می‌تواند یکی از جنبه‌های مهم محرومیت اجتماعی باشد.

محرومیت اجتماعی باعث تفاوت در توزیع منابع و امکانات در بین افراد جامعه می‌گردد و همین تفاوت‌ها در ایجاد مشکلات و مصائب اقتصادی، اجتماعی نقش مهمی دارند. از جمله آثاری که محرومیت اجتماعی می‌تواند در یک جامعه به جا بگذارد مسئله مرگ‌ومیر کودکان است. این امر از آنجا ناشی می‌شود که مرگ‌ومیر کودکان یکی از شاخص‌های مهم توسعه و پیشرفت در هر کشوری محسوب می‌شود. بر این اساس معمولاً امکانات و تسهیلات لازم برای یک زندگی سالم هم باعث احتمال بقاء بیشتر افراد جامعه می‌شود و هم اینکه باعث توسعه و پیشرفت آن جامعه می‌گردد. جهت پی بردن به رابطه بین محرومیت اجتماعی و مرگ‌ومیر کودکان، عواملی از قبیل درآمد، تغذیه، تحصیلات والدین، باروری، تبعیض جنسی و فاصله بین موالید باید مد نظر قرار گیرند. بالا بودن مرگ‌ومیر کودکان کمبود مراقبت از کودکان برای فقرا، کمبود و نقص آموزش و ترجیح جنسی (همانند علاقه و توجه به فرزند پسر) در بین دیگران را منعکس می‌کند. کودکان ناسالم و مریض در یک کشور مانع بهبود و پیشرفت اقتصادی در خیلی از زمینه‌ها می‌شوند آنها نمی‌گذارند از منابعی که تحت موقعیت‌های بهداشتی می‌توان استفاده کرد بهره برد. بنابراین موقعیت‌های بهداشتی سالم جامعه را به سوی برتری اقتصادی در سطح ملی هدایت می‌کند.

اگرچه ارتباط درآمد و مرگ‌ومیر کودکان، رابطه‌ای قوی و شدید است اما این رابطه با شدتی یکسان تا سطوح بالا استمرار نمی‌یابد و در سطوحی از درآمد این رابطه یکنواخت می‌شود. سطحی از درآمد که در آن منحنی افقی می‌شود بسته به ساختار جامعه و وضعیت اقتصادی آن است. در واقع این رابطه با آن بخش از درآمد که صرف نیازهای آموزشی و بهداشتی می‌شود مستقیم و با بقیه حالت افقی دارد. (میرزایی، ۱۳۷۳: ۱۱۸-۱۰۷).

البته لازم به ذکر است که این رابطه در برخی از موارد که فرهنگ مصرف به دلیل پایین بودن سطح آموزش به گرایش‌های مضر می‌انجامد، معکوس می‌شود. پس در تحلیل رابطه مرگ‌ومیر و درآمد باید به فرهنگ مصرف توجه کافی شود چرا که در برخی از مطالعات نشان داده شده که بالاترین درآمدها دارای پایین‌ترین مرگ‌ومیرها نبوده‌اند. به طوری که فلگ^۱ اظهار می‌کند ممکن است رسیدن به کاهش سریع در میزان‌های مرگ‌ومیر کودکان در کشورهای در حال توسعه‌ای همانند نپال به دلیل پایین بودن میزان تحصیلات و آگاهی زنان مشکل باشد (Flegg: 1982:441)

میزان‌های درآمد تنها یک بعد از فقر را نشان می‌دهد و دیگر جنبه‌های فقر بطور پیچیده‌ای با آن همبسته هستند زیرا فقیر تمایل دارد بطور نامتناسبی سوءتغذیه را تحمل کند، کاهش دادن گرسنگی به نظر می‌رسد که یک پیش نیاز برای کاهش عمده و اساسی فقر و در نهایت کاهش مرگ‌ومیر باشد. پس می‌توان از عامل تغذیه به عنوان یک متغیر میانجی بین فقر و مرگ‌ومیر کودکان نام برد. مک کئون^۲ بهبود تغذیه را عامل افزایش جمعیت و کاهش مرگ‌ومیر می‌داند. شواهد نشان می‌دهد که انگلستان بعد از انقلاب صنعتی از تغذیه بهتری برخوردار شده که این امر در کاهش مرگ‌ومیر در انگلستان مؤثر بوده است (میرزایی، ۱۳۸۱). کودکان به دلیل نیازهای ویژه غذایی جهت تأمین رشد بطور قابل توجهی در معرض خطر ابتلاء به سوءتغذیه هستند، لذا بررسی وضع تغذیه کودکان از مهمترین اقدامات برای اجرای روشهای کنترل و پیشگیری از سوء تغذیه محسوب می‌گردد. براساس آمارهای منتشره توسط یونیسف در

1-Flegg

2-Mckeoun

سالهای ۱۹۸۰-۱۹۹۱ در صد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوءتغذیه در کشورهای کمتر توسعه یافته ۴۲ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۳۶ درصد بوده است (مردانی، ۱۳۷۸:۹۴).

تحلیل روابط بین سوءتغذیه و ابتلا به بیماری و تأثیر آن بر مرگومیر کودکان یک موضوع جدیدی نیست. ماهیت و اندازه این روابط می‌تواند در سطوح مختلفی توضیح داده شود. سوءتغذیه از یک طرف موجب بیماری اسهال و بیماری‌های تنفسی می‌شود و از طرف دیگر مقاومت بدن را در مقابل بیماری‌ها پایین می‌آورد (Preston, 1980:60).

نقش اساسی تغذیه با شیر مادر در سلامت، رشد و تکامل شیرخواران امری شناخته شده است. همچنین نقش مؤثری در حفاظت شیرخوار در برابر بیماری‌های عفونی و مرگومیر دارد. سه علت عمده مرگومیر کودکان در کشورهای در حال توسعه، سوءتغذیه، عفونت‌های تنفسی و اسهال است و تغذیه با شیر مادر از بروز چنین بیماری‌هایی تا حد قابل توجهی می‌کاهد (فریمانی، ۱۳۸۱:۴۶).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تغذیه با شیر مادر در زنان تحصیل‌کرده، گروه اقتصادی، اجتماعی بالا و نسبتاً مسن بیشتر است. این گروه‌ها معمولاً در مورد تأثیر محیط بر روی سلامت و انتخاب راه‌های طبیعی توجه بیشتری دارند. الگوی طرز تغذیه توسط گروه تحصیل‌کرده پایه‌گذاری می‌شود و معمولاً چندین سال بعد توسط مادران کمتر تحصیل‌کرده و طبقه پایین‌تر اقتصادی، اجتماعی بکار گرفته می‌شود. جزایری در یک بررسی بعد از یک بسیج همگانی در مورد تغذیه با شیر مادر نشان داده است که شیردهی کامل عامل کاهش ۷۵ درصد مرگومیر کودکان دره سال اول زندگی می‌باشد که بیشتر آن به خاطر پایین آمدن میزان مرگومیر ناشی از اسهال بوده است (جزایری، ۱۳۶۷:۱۳۳).

فراهم آوردن امکانات تحصیل به عنوان یکی از سرمایه‌های اجتماعی جهت بهبود توسعه اقتصادی و کاهش فقر شناخته شده است. اصولاً منابع انسانی پایه اصلی ثروت است و سرمایه و منابع طبیعی عوامل تبعی هستند. انسان‌ها عوامل فعالی هستند که سرمایه‌ها را متراکم می‌سازند. روابط بین تحصیلات و مرگ‌ومیر کودکان مثبت و از نظر آماری معنی دار است. اهمیت تحصیلات مادران به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان در تحقیقات و پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است. کالدول^۱ براساس تحلیل دقیق و موشکافانه داده‌های بررسی نیجریه اظهار می‌کند که تحصیلات مادران به تنهایی مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان است. این نتیجه بوسیله این واقعیت تقویت شده که نویسنده دیگر متغیرها همانند تحصیلات پدر، شغل پدر، شغل مادر، محل سکونت، نوع ازدواج، در دسترس بودن و استفاده از امکانات مدرن بهداشتی که ممکن است بر مرگ‌ومیر کودکان مؤثر باشند را کنترل کرده است. کالدول اظهار می‌کند که سه دلیل عمده برای این یافته وجود دارد: ۱- مادران تحصیل کرده معمولاً سعی می‌کنند که سنت‌های رایج در مورد بیماری‌ها را بشکنند و کمتر در مورد بیماری‌های وابسته به تقدیر اعتقاد دارند. ۲- یک مادر تحصیل‌کرده نسبت به یک مادر بی‌سواد از آگاهی بیشتری در ارتباط با مسئولیت پرستارها و پزشک‌ها در مورد مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی بچه برخوردار است علاوه بر این آگاهی او در مورد امکانات بهداشتی و استفاده صحیح از آنها بیشتر است. ۳- عامل نهایی و مهم این است که تحصیلات زنان روابط سنتی خانوادگی را با تأثیرات بنیادی و اساسی بر مراقبت از کودک تغییر می‌دهد (Caldwell, 1979:395-413).

در مطالعه‌ای که اولسن^۱ در دانمارک انجام داد، به این نتیجه رسیده که بالاترین مرگ‌ومیرهای کودکان برای بچه‌های متولد شده بوسیله مادرانی با پایین‌ترین سطح تحصیلات به دست آمده است. به طوری که مرگ‌ومیر کودکانی که مادرشان دارای پایین‌ترین سطح تحصیلات بوده‌اند دوبرابر بیشتر از آن کودکانی بوده که مادرشان از بالاترین سطح تحصیلات برخوردار بوده‌اند. البته لازم به ذکر است که در این تحقیق حتی بعد از کنترل متغیرهای سن مادر و فاصله مولید، باز هم تحصیلات مادر همان تأثیر قبلی را داشته است (Olsen, 1999:128)

از دیگر آثاری که فقر بر جای می‌گذارد می‌توان به میزان بالای زادوولد و باروری اشاره کرد. تجربه تاریخی نشان می‌دهد که مهمترین عامل در بالا و پایین رفتن میزان باروری فقر و پیشرفت اقتصادی است. بطور کلی میزان باروری با فقر ملی در ارتباط است هر چقدر فقر کمتر باشد میزان باروری تمایل به کاهش نشان می‌دهد. اگر به تاریخ تحولات جمعیتی نگاه کنیم می‌بینیم که تا انقلاب صنعتی چون راندمان تولید پایین بوده در نتیجه میزان باروری بالا بوده است و میزان مرگ‌ومیر نیز در اثر عوامل مختلف بالا بوده است. پس در موقعیت‌های اقتصادی پایین این دو میزان بالا هستند اما هنگامی که اقتصاد توسعه پیدا می‌کند آنها شروع به پایین آمدن می‌کنند و سرانجام هر دو تایی آنها کاهش پیدا می‌کند. مرگ‌ومیر ممکن است از باروری تأثیر پذیرد و همچنین باروری از مرگ‌ومیر.

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که میزان‌های باروری و میزان‌های مرگ‌ومیر کودکان به هم وابسته‌اند. بطوریکه مطالعات انجام گرفته در مورد باروری به تأثیر مرگ‌ومیر اطفال بر باروری تأکید داشته‌اند. در این پژوهش‌ها عمدتاً از تئوری تغییر و پاسخ کینگزلی دیویس استفاده شده است. برمبنای این تئوری کاهش میزان باروری در کشورهای غربی پاسخی به کاهش مرگ‌ومیر در آن کشورها بوده است اما در کشورهای در حال توسعه تغییر و کاهش سطح مرگ‌ومیر طبیعتاً پاسخ مشابهی را دنبال نداشت. چرا که، کاهش مرگ‌ومیر ثبات یا حتی افزایش باروری و نهایتاً افزایش جمعیت را — دنبال داشته و مازاد جمعیت برای پیدا کردن شغل، روانه شهرها شده و بدون آنکه الگوی باروری را تغییر داده باشد این الگو را در مناطق شهری نیز اشاعه داده است. (عبدالملکی ۱۳۷۵: ۷۰).

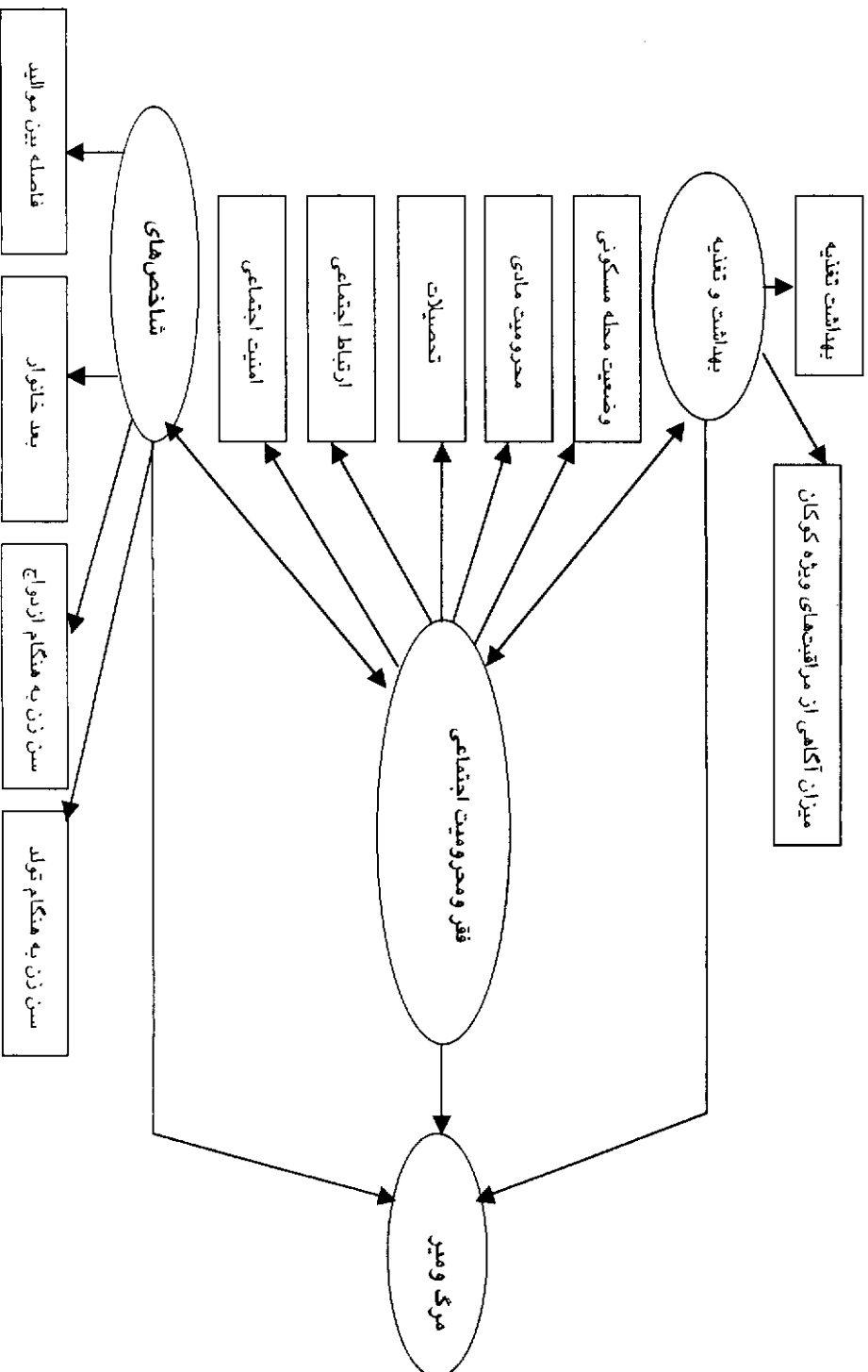
میزان بالای باروری (یعنی تعداد بچه‌های متولد شده بوسیله یک زن) اغلب در مادرانی که از سلامت و بهداشت پایین‌تری برخوردارند دیده می‌شود. بطوریکه یک رابطه دو طرفه بین میزان‌های مرگ‌ومیر و میزان‌های باروری وجود دارد. هنگامی که زنان چندین بارداری دارند شانس و احتمال بقاء کودکان بطور معنی‌داری کاهش می‌یابد بنابراین یک زن ممکن است تصمیم بگیرد بچه‌های بیشتری را بدنیا بیاورد تا حداقل یکی از آنها باقی بماند. رپتو^۱ تبیین‌های موجزی در ارتباط با باروری به عنوان عامل مرگ‌ومیر کودکان نوشته است. وی معتقد است باروری بالا، موجب فاصله مولید کم و نابهنجاری، کم شدن وزن متولدین، از شیر گرفتن زودتر و در نهایت باعث افزایش احتمال خطر مرگ‌ومیر کودکان می‌گردد. (Repetto, 1978: 28)

در خانواده‌های روستایی برای اینکه بتوانند حداکثر استفاده از فرزندان ببرند معمولاً فاصله بین موالید را به حداقل می‌رسانند که این امر بر روی احتمال بقاء کودکان تأثیر می‌گذارد. تأثیر فاصله بین موالید بطور گسترده‌ای وابسته به متن اجتماعی، فرهنگی و تاریخی، مکانی است که مطالعه در آنجا صورت می‌گیرد. بطور واضح همانند تغییرات اجتماعی، زندگی در درون خانواده‌ها هم تغییر می‌کند. برای مثال همان‌طوریکه میزان‌های باروری کاهش می‌یابد و سیاست‌های خانواده بهبود پیدا می‌کند برتری نسبی فاصله موالید ممکن است تغییر پیدا کند یا اینکه ناپدید گردد. در نتیجه تأثیر فاصله موالید همیشه بصورت یک الگوی خطی پدیدار نمی‌شود. حقیقت این است که تأثیرات و روند فاصله موالید در زمان و مکان تغییر می‌کند. نوزادانی که در فاصله کوتاه بعد از یک تولد قبلی بدنیا می‌آیند در معرض خطر بیشتری برای مرگ قرار دارند و دو دلیل برای آن ذکر شده است: ۱- ضعف مادرانه، جایی که مادر با داشتن حاملگی‌های نزدیک به هم ضعیف می‌شود. ۲- رقابت بین فرزندان، جایی که دو فرزند جوان برای منابع کمیاب خانواده رقابت می‌کنند و این غالباً به زیان فرزند جوان منتهی می‌شود (لوکاس، ۱۳۸۱: ۶۹). فاصله کم باعث رقابت کودکان برای منابعی مانند غذا و لباس خواهد شد. چنین امری ممکن است در بین خواهر و برادرانی که فاصله‌شان کم است باعث سرایت بیماری‌های عفونی گردد. فاصله کوتاه موالید علاوه بر اینکه بر روی سلامتی کودک تأثیر می‌گذارد بر روی سلامت مادران نیز بی‌تأثیر نیست زیرا که در چنین موقعیتی مادر فرصت کافی جهت جبران ضایعات جسمانی و روحی ناشی از حاملگی ندارد و همین امر باعث کوتاه شدن دوره شیردهی و سوءتغذیه کودکان می‌گردد. احتمال مرگ در شیرخوارانی که با فاصله کمتر از ۲

سال از یکدیگر بدنیا آمده‌اند دو برابر آنهایی است که با فاصله ۲-۴ سال متولد شده‌اند. لذا اگر در همه تولدها حداقل ۲ سال فاصله رعایت شود میزان مرگ در شیرخواران ۱۰ درصد و میزان مرگ‌ومیر در کودکان زیر ۵ سال تا ۱۶ درصد کاهش خواهد یافت (امیدی، ۱۳۸۰: ۲۹۷).

با تشریح عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان، می‌توان به یک مدل تحلیلی رسید. در مدل تحلیلی ترسیم شده در این مطالعه، جهت تبیین عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان از سه مفهوم نهفته محرومیت اجتماعی، بهداشت و تغذیه و شاخص‌های جمعیتی استفاده شده است. مفاهیم نهفته ذکر شده از طریق متغیرهای مشاهده‌پذیر مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند تا اینکه سهم هر کدام از مفاهیم مورد نظر در تبیین مرگ‌ومیر کودکان مشخص شود.

مدل تحلیلی عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان



روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق در این مطالعه پیمایشی می‌باشد که ضمن انجام عملیات میدانی از پرسشنامه همراه با مصاحبه ساختارمند استفاده شده است.

در این مطالعه، جامعه آماری مشتمل بر زنان ۴۹-۱۵ ساله شهرستان ایلام می‌باشد که حداقل دا رای یک فرزند مشروع شده‌اند اعم از اینکه فرزندان هم اکنون زنده باشند یا فوت کرده باشند. براساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان ایلام در سال ۱۳۸۲، کل زنان ۴۹-۱۵ ساله شهرستان ایلام که حداقل یک فرزند زنده تا زمان بررسی بدنیا آورده‌اند ۲۴۳۵۴ نفر می‌باشند که از این تعداد، ۲۰۱۱۶ نفر در نقاط شهری و ۴۲۳۸ نفر در نقاط روستایی ساکن بوده‌اند.

براساس فرمول برآورد حجم نمونه کوکران و با توجه به پارامترهای موجود، حجم نمونه ۵۰۰ بدست آمده است که متناسب با تعداد افراد ساکن در مناطق روستایی و شهری پرسشنامه‌ها بین پاسخگویان توزیع گردیده است بطوریکه ۱۰۰ پرسشنامه بین روستاییان و ۴۰۰ پرسشنامه دیگر بین شهرنشینان در مدت یک ماه توزیع و جمع‌آوری شده است.

به دلیل پراکندگی زیاد مراکز روستایی و شهری و هزینه زیاد نمونه‌گیری از تمام مراکز، ترجیح داده شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای فقط تعدادی از مراکز انتخاب گردد. لازم به ذکر است که شهرستان ایلام دارای ۱۱ مرکز بهداشتی شهری، ۳ پایگاه بهداشتی شهری و ۷ مرکز بهداشتی روستایی است که ۲۹ خانه بهداشت روستایی تحت پوشش این ۷ مرکز روستایی قرار دارند. به دلیل پراکندگی این مراکز، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از بین ۱۱ مرکز شهری ۵ مرکز شهری و یک پایگاه شهری و در مناطق روستایی از

بین ۷ مرکز موجود، ۳ مرکز بهداشتی روستایی انتخاب گردید و سپس بر اساس ۵۰۰ مورد حجم نمونه، نمونه‌گیری تصادفی از این مراکز انتخاب شده، به عمل آمد.

متغیرهای مورد مطالعه

در مطالعه حاضر، متغیر وابسته مرگ‌ومیر کودکان است که در دو مقوله کودکان تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی زنده مانده‌اند و کودکان تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی فوت کرده‌اند قرار گرفته است. تمامی متغیرهای مستقل نیز بصورت دو مقوله‌ای که حاکی از وجود یا عدم وجود صفت موردنظر می‌باشد تبدیل شده‌اند. مدل نظری ارائه شده در مطالعه حاضر، مشتمل بر سه مفهوم کلی و یازده مفهوم جزئی است. محرومیت اجتماعی، شاخص‌های جمعیتی و بهداشت و تغذیه جزو مفاهیم کلی و امنیت اجتماعی، ارتباط اجتماعی، تحصیلات والدین، محرومیت مادی، آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان، وضعیت محله مسکونی، تغذیه، بعد خانوار، فاصله بین مولید، سن مادر به هنگام تولد اولین فرزند و سن مادر به هنگام ازدواج مفاهیم جزئی می‌باشند.

نام مفهوم	شاخص‌ها
محرومیت اجتماعی	تحصیلات والدین، امنیت اجتماعی، ارتباط اجتماعی، محرومیت مادی، وضعیت محله مسکونی
بهداشت و تغذیه	نوع تغذیه کودکان، میزان آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان
شاخص‌های جمعیتی	بعد خانوار، فاصله بین مولید، سن به هنگام ازدواج، سن به هنگام تولد اولین فرزند

یافته‌ها

کل کودکان مورد مطالعه در این بررسی ۱۹۴۵ نفر می‌باشند. از این تعداد ۲۲۳ نفر یا ۱۱/۵ درصد قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی فوت کرده‌اند و ۱۷۲۲ فرزند از زنان تحت بررسی تا سن ۵ سالگی زنده مانده‌اند. ۶۸/۶ درصد از مادران پاسخگو با واقعه فوت فرزند مواجه نبوده‌اند و ۳۲/۴ درصد بقیه از یک تا چهار فرزند خود را از دست داده‌اند. در این میان ۲۲ درصد از پاسخگویان یک فرزند و یک درصد از آنها چهار فرزند را که سن هر کدام از این فوت‌شدگان کمتر از پنج سال است از دست داده‌اند.

بیشترین فراوانی کودکان فوت شده مربوط به سنین زیر یکسال است بطوریکه ۷۰ درصد از کل فوت‌شدگان را به خود اختصاص داده است که دلیل عمده این امر آسیب‌پذیری بیشتر کودکان در سنین پایین است و هر چه سن بالاتر می‌رود احتمال مرگ‌ومیر هم کاهش پیدا می‌کند، بطوریکه کمترین مرگ‌ومیرها در سنین زیر پنج سال، مربوط به سنین چهار تا پنج سالگی است. میانگین سن ازدواج (۱۸/۲) در جامعه مورد بررسی نشان می‌دهد که اکثر زنان مورد مطالعه در سنین پایین ازدواج کرده و تعداد کمی از آنها در سنین بالا ازدواج کرده‌اند. این امر ممکن است به دلیل توقعات پایین این زنان و همچنین تحصیلات پایین آنها در هنگام ازدواج باشد.

بیشتر زنان مورد بررسی فقط یک بچه بدنیا آورده‌اند. بطوریکه بیش از ۵۰ درصد از زنان، تا زمان بررسی کمتر از ۳ فرزند زنده بدنیا آورده‌اند. در بین زنان مورد بررسی، ۳/۲ درصد از آنها بیش از ۱۰ بار باروری منجر به مولود زنده داشته‌اند.

تنها ۳ درصد از مادران فاصله بین موالیدشان ۱۲ ماه است و ۳۰/۲ درصد از آنها فاصله بین موالیدشان بطور متوسط سه سال بوده است. این امر نشان از تأثیر برنامه‌های تنظیم خانواده بر روی باروری زنان دارد. میانگین فاصله بین موالید بطور متوسط ۳۶/۵ ماه بوده است.

تعداد فوت‌شدگان دختر و پسر در جامعه مورد بررسی با همدیگر یکسان است بطوری که ۵۰/۷ درصد فوت‌شدگان را پسر و ۴۹/۳ درصد آنها را دختر تشکیل می‌دهد. از این وضعیت می‌توان چنین استنباط کرد که توجه و مراقبت از دختران و پسران در این جامعه تا حدودی یکسان است.

۴۵ درصد پاسخگویان دارای تحصیلات ابتدایی و کمتر از ابتدایی، ۲۵/۴ درصد از نعمت خواندن و نوشتن برخوردار بوده‌اند و سهم مقطع دیپلم از همه بیشتر بوده است، اما در این میان نزدیک به ۲۰ درصد از مادران حتی سواد خواندن و نوشتن نداشته‌اند. همچنین سهم مادران با تحصیلات فوق‌دیپلم و لیسانس کم است و این امر می‌تواند به دلیل عدم توجه به تحصیل زنان در مقایسه با مردان در گذشته باشد که البته در وضعیت کنونی این نقیصه برطرف شده و به امر تحصیل دختران که مادران آینده را تشکیل می‌دهند توجه ویژه‌ای شده است. تحصیلات همسر پاسخگویان نیز عاملی است که به نوعی می‌تواند بر روی متغیر وابسته تأثیرگذار باشد. در این میان همانند میزان تحصیلات مادران، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم است اما در صد آن نسبت به مادران کمتر است. تحصیلات عالی در بین مردان خانواده بیشتر است بطوریکه حدوداً ۲۴ درصد آنها دارای تحصیلات بالاتر از فوق دیپلم هستند. در عین حال فراوانی تعداد کسانی که بیسواد هستند ۱۴ درصد است که در مقایسه با مادران کمتر است.

تحلیل روابط آماری

پس از ورود مفاهیم کلی به مدل رگرسیونی، سه مدل بدست آمد. در مرحله اول شاخص‌های جمعیتی وارد مدل شده است در مرحله دوم محرومیت اجتماعی در کنار متغیرهای جمعیتی، مدل شماره دو را تشکیل می‌دهند و در نهایت مدل شماره سه با استفاده از شاخص‌های جمعیتی، محرومیت اجتماعی و بهداشت تغذیه بدست آمده است. لازم به ذکر است که مفهوم شاخص‌های جمعیتی به عنوان یک مفهوم کلی از طریق چهار شاخص بعد خانوار، سن زن به هنگام تولد اولین فرزند، سن زن به هنگام ازدواج و فاصله بین مولید بدست آمده است که با توجه به شاخص‌های مذکور، مفهوم متغیرهای جمعیتی بدست آمده است.

محرومیت اجتماعی نیز با توجه به شاخص‌های ذکر شده در مدل تحلیلی بدست آمده است. به طوری که این مفهوم از شاخص‌های امنیت اجتماعی، محرومیت مادی، ارتباط اجتماعی، وضعیت محله مسکونی و تحصیلات والدین بدست آمده است.

بهداشت و تغذیه کودکان نیز بر اساس مدل تحلیلی ارائه شده در بخش نظری، بصورت دو مقوله‌ای تبدیل شده است. آنهایی که از بهداشت و تغذیه مناسبی برخوردار نیستند و آنهایی که از وضعیت بهداشتی و تغذیه‌ای مناسبی برخوردار هستند.

مقایسه مدل‌های مختلف با همدیگر و تغییرات حاصل شده در مراحل مختلف

در مرحله سوم مدل رگرسیونی شامل سه مفهوم شاخص‌های جمعیتی، محرومیت اجتماعی و بهداشت است. در این مرحله میزان B بدست آمده برای بهداشت ۰/۴۷۱- بوده است و آماره Wald آن ۴/۰۳۳ و کسر برتری آن ۱/۶۰۱ بوده است. کسر برتری مذکور

نشان می‌دهد که به ازای هر واحد بهبود در وضعیت بهداشت و تغذیه، احتمال مرگ‌ومیر کوبکان بوسیله این عامل $1/601$ برابر کاهش پیدا می‌کند.

ضرایب برآوردشده برای عوامل باقی مانده در مدل نهایی رگرسیون لجستیک

Exp(B)	Sig	df	Wald	S.E	B	
2.946	.000	1	22.686	.227	-1.08	شاخص های جمعیتی
1.842	.006	1	7.566	.222	.611	محرومیت اجتماعی
1.601	.007	1	4.033	.234	-.471	بهداشت تغذیه
.756	.216	1	1.528	.226	.280	عرض از مبداء

$$Z = 0.280 + (\text{شاخص های جمعیتی}) - 1/0.8 - (\text{محرومیت های اجتماعی}) + 0.611 + (\text{بهداشت تغذیه}) - 0.471$$

نتیجه گیری

مرگ‌ومیر کودکان یکی از شاخص‌های مهم توسعه محسوب می‌شود و تغییرات آن متأثر از شرایط تکوینی و مجموعه شرایط محیطی است. در این میان عوامل زیادی در تغییر میزان مرگ‌ومیر کودکان می‌توانند مؤثر باشند اما در این مطالعه، یکسری از عوامل را که در مطالعات گذشته کمتر مدنظر بوده آورده شده است.

محرومیت اجتماعی که یکی از اصطلاحات رایج در بحث نابرابری اجتماعی است به عنوان یکی از متغیرهای مهم در این مطالعه گنجانیده شده تا اینکه تأثیر این متغیر کیفی بر مرگ‌ومیر کودکان مورد بررسی قرار گیرد. برای رسیدن به این هدف در ابتدا نظریه‌های مرتبط با محرومیت اجتماعی آورده شده تا این مفهوم همراه با شاخص‌های آن معرفی گردد. برای پی بردن به خصوصیات نمونه تحت بررسی به توصیف اطلاعات پرداخته شده است. در توصیف اطلاعات از فراوانی‌های مطلق و نسبی استفاده شده است. متوسط بعد خانوار در نمونه تحت بررسی ۵/۹ نفر، میانگین فاصله بین موالید ۳۶ ماه، میانگین تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده ۳/۸۹ و میانگین تعداد فرزندان زنده مانده ۳/۴ بوده است.

جامعه آماری مطالعه حاضر، زنان ازدواج کرده ۴۹-۱۵ ساله شهرستان ایلام می‌باشند که حداقل یک فرزند زنده بدنیا آورده‌اند. با توجه به اینکه مطالعه در شهرستان ایلام انجام گرفته است لذا مطالعه در دو بخش شهری و روستایی انجام گرفته است. در بررسی رابطه بین محل سکونت (شهری و روستایی بودن) با مرگ‌ومیر کودکان رابطه معنی‌داری بدست نیامده است. در تحلیل این یافته باید گفت که تعداد مناطق روستایی در شهرستان ایلام کم است. علاوه بر این نقاط روستایی و شهری در این شهرستان از امکانات رفاهی و بهداشتی تقریباً یکسانی

برخوردار هستند که باعث شده عامل سکونت در روستا یا شهر تأثیر زیادی بر مرگومیر کودکان نداشته باشد. این در حالی است که در اکثر مطالعات قبلی روستا یا شهرنشین بودن، بر روی بقاء کودکان تأثیرگذار بوده است.

محرومیت اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم اساسی در پژوهش حاضر، به بحث در مورد نابرابری‌های اجتماعی می‌پردازد. این مفهوم بیشتر در مورد دسترسی داشتن به منابع و دارایی‌های حیاتی و مهم بحث می‌کند. در واقع این مفهوم از یک زاویه به فقر تأکید دارد و از طرف دیگر بر روابط اجتماعی و میزان مشارکت افراد در سازمان‌های اجتماعی می‌پردازد. مفهوم مذکور از طریق پنج شاخص امنیت اجتماعی، محرومیت مادی، تحصیلات والدین، وضعیت محله مسکونی و ارتباط اجتماعی مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است که براساس تحلیل چند متغیره مفهوم محرومیت اجتماعی با مرگومیر کودکان رابطه داشته است. به طوری که به ازاء هر واحد افزایش در محرومیت اجتماعی به مقدار $1/842$ بر مرگومیر کودکان اضافه می‌گردد. علاوه بر این در سطحی دیگر به جای مفهوم محرومیت اجتماعی، از شاخص‌های آن در مدل رگرسیونی استفاده شده است که در نهایت برخی از شاخص‌های آن در مدل نهایی حذف شده‌اند. وضعیت بهداشتی و تغذیه کودکان نیز مفهومی است که به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر مرگومیر کودکان در مدل تحلیلی آورده شده است. چرا که سوءتغذیه کودک هم به عنوان یک معضل پزشکی و هم اجتماعی مطرح است. از طرف دیگر صرفاً در دسترس بودن غذا نمی‌تواند به حل مشکل بیانجامد بلکه باید نحوه استفاده از آن که شامل نکات بهداشتی است نیز مد نظر قرار داد. در واقع مسئله تغذیه، مراقبت و پیشگیری و استفاده از خدماتی نظیر واکسیناسیون را باید به دو عامل اساسی دسترسی و استفاده تقسیم کرد. در صورتی که

دسترسی اقتصادی و جغرافیایی وجود داشته باشد، مسئله اساسی دیگر، فرهنگ استفاده صحیح می‌باشد. در سطح کلی در رگرسیون لوجستیک، رابطه این مفهوم با متغیر وابسته بدین صورت بوده که به ازاء هر واحد افزایش در بهبود بهداشت و تغذیه کودکان به میزان ۱/۶۰۱ از مرگ‌ومیر کودکان کاسته می‌گردد. درکنار عوامل کیفی، رابطه شاخص‌های جمعیتی، که بیشتر جنبه کمی دارند، با زنده‌مانی کودکان مورد بررسی قرار گرفته است. رابطه شاخص‌های جمعیتی در یک سطح به عنوان مفهومی کلی با مرگ‌ومیر کودکان مورد مطالعه قرار گرفته است که کسر برتری بدست آمده برای این مفهوم ۲/۹۴۶ بوده که نشان می‌دهد به ازاء افزایش یک واحد از این عامل، از میزان احتمال مرگ‌ومیر کودکان ۲/۹۴۶ برابر کاسته خواهد شد. در سطحی دیگر رابطه متغیرهای جمعیتی بعد خانوار، سن زن به هنگام تولد اولین فرزند، سن زن به هنگام ازدواج و فاصله بین موالید با مرگ‌ومیر کودکان مورد بررسی قرار گرفته است. که در نهایت برخی از این متغیرها در مدل نهایی حذف شده‌اند. از جمله شاخص‌های جمعیت‌شناسی می‌توان به سن ازدواج اشاره کرد که تأثیر زیادی بر مرگ‌ومیر کودکان دارد. بدین معنی که هر چه سن ازدواج پایین‌تر باشد، میزان مرگ‌ومیر کودکان بیشتر می‌شود. البته اهمیت این مسئله بیشتر مربوط به همبستگی سن ازدواج و سن در هنگام تولد اولین فرزند است که موجب می‌شود اولین فرزند در سنین پایین متولد شود و سن پایین نیز احتمال مرگ‌ومیر کودکان را افزایش می‌دهد. عامل دیگر فاصله بین موالید است که به طور قابل توجهی بر روی مرگ‌ومیر کودکان مؤثر است. افزایش فاصله بین موالید نه تنها برای سلامتی مادران بسیار مهم است بلکه بر احتمال بازماندگی کودکان پس از تولد می‌افزاید و در درازمدت نیز کیفیت فرزندان خانواده را بالا می‌برد.

منابع و مأخذ

۱. امید، افسر و دیگران (۱۳۸۰) بررسی فاصله‌گذاری بین مولید با رشد جسمی کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان کرج، مجله پژوهشی ادویه، سال دوازدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۰.
۲. شیخی، محمد تقی (۱۳۷۵) جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی، شرکت سهامی انتشار، تهران.
۳. جزایری، ابوالقاسم (۱۳۶۷) کنترل رشد کودکان، مجموعه مقالات سمینار بسیج سلامت کودکان، نشر دفتر آموزش بهداشت، چاپ اول.
۴. عبدالملکی، احمد (۱۳۷۵) بررسی رابطه میزان باروری با عوامل اجتماعی، جمعیتی در شهرستان‌های ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۵. فریمانی، مرضیه (۱۳۸۱) بررسی رابطه نوع زایمان با موفقیت در شیردهی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، سال نهم، شماره یک.
۶. لوکاس، دیوید و دیگران (۱۳۸۱) درآمدی بر مطالعات جمعیت‌شناسی، ترجمه حسین محمودیان، انتشارات دانشگاه تهران.
۷. مردانی و همکاران (۱۳۷۸) سوءتغذیه و عوامل مؤثر در کودکان لرستان، حکیم، دوره ۲، شماره ۲.
۸. میرزایی، محمد (۱۳۷۳) "ملاحظات جمعیتی مرتبط با توسعه در ایران"، فصلنامه جمعیت، شماره ۱۰، زمستان ۱۳۷۳.
۹. همتی، رضا (۱۳۸۰) اثرات شاخص‌های بهداشتی بر میزان های مرگ‌ومیر در استان‌های کشور براساس سرشماری ۱۳۷۵، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

منابع انگلیسی

- Caldwell, J.C. (1979), " Educational as a Factor in Mortality Decline :An Examination of Nigeria Data ", Population Studies (33).
- Flegg, A.T. (1982), " Inequality of Income Illitarcy and Medical Care as Determinants of Infant Mortality in Undeveloped Country, Population Studies (36).
- Johnson, Allan (2000), The Bleek Well Dictionary of Sociology :A Guide to Sociological Language, Oxford & Massachusetts :Blackweel .
- Reimer .B. (2002), Social Exclusion in a Comparative context ,April 27.
- Mehryar, Amir H. (1994), Changing Pattern of Mortality in Iran: A Review of Available Evidence ,Working paper, Tehran.
- Olson, O & etal ,Effect of Maternal Education on Infant Mortality and Stillbirths in Denmark, Danish Institute for Clinical Epidemiology ,Swanemollevej 25, Dk-2100 Copenhagen, Denmark.
- Preston, S.H. (1975) ,The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development .Population Studies (2).
- Repetto, R. (1978), The Interaction of Fertility and the Size Distribution of Income, Journal of Development Studies ,14(1978).
- Room .G. (1995), Beyond the Threshold :The Measurement and Analysis of Social Exclusion ,Great Britain: The Policy Press.